N° 172.
21

DIAGNOSTIC

SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL

DES TUMEURS DU SCROTUM.

TRIBUT ACADÉMIQUE

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

LE 24 NOVEMBRE 1837,

PAR PIERRE CZERNIEWICZ,

Chirurgien chef-interne des hôpitaux de Nîmes, ancien Elève de l'université de Varsovie, ex-Elève de l'école-pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, Membre de la société médico-chirurgicale de Montpellier, Correspondant de la société chirurgicale de la même ville, honoré d'une médaille pour les soins donnés aux cholériques en 1835;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile; sans un diagnostic exact et précis, la théorie est presque toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle.

(Louis, *Mémoire sur le fongus de la dure-mère.*)

A MONTPELLIER,

Chez Jean Martel aîné, imprimeur de la Faculté de Médecine,

près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1837.

A MONSIEUR LE DOCTEUR

FONTAINES,

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, etc.

Comme un témoignage public de mon estime et de ma plus vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il m'a continuellement traité, pour les sages conseils dont il m'a si souvent aidé, et les lumières dont il m'a éclairé.

P. CZERNIEWICZ.

DIAGNOSTIC

SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL

DES TUMEURS DU SCROTUM.

Une des parties les plus importantes de l'étude des maladies est celle qui a pour objet leur distinction. Le diagnostic est une chose si nécessaire pour la pratique, qu'on n'a pas craint d'affirmer que la difficulté de reconnaître les maladies des enfants était peut-être la cause de la grande mortalité qui les frappe. Celui qui n'établit pas un diagnostic exact commet le plus souvent des fautes graves dans le choix des moyens thérapeutiques ; il peut compromettre l'honneur de l'art, sa propre réputation, et même la vie de son malade.

Les tumeurs de la région scrotale sont de nature très-variée ; mais elles se présentent souvent sous des formes si incertaines, qu'on n'établit leur diagnostic qu'après un examen qui demande beaucoup d'attention, de sagacité et de connaissances. L'erreur est quelquefois dangereuse, une opération cruelle peut en être le funeste résultat ; et quand on a vu des praticiens habiles amputer l'organe spermatique, alors qu'on s'est convaincu *à posteriori* qu'on aurait pu le conserver, il faut n'apprécier qu'avec la plus grande réserve les signes fournis par les maladies de cette région.

La voie d'exclusion me paraît la plus certaine pour différencier les maladies qui ont quelques rapports entre elles. C'est en éliminant successivement tous les états morbides qui au premier aspect ressemblent à celui qu'on a sous les yeux, c'est en les analysant l'un après l'autre, que l'on parviendra à reconnaître celui dont l'existence seule peut être supposée. Cette méthode est celle que mes maîtres m'ont fait suivre dans mon instruction médicale : elle va me servir de guide dans cette Thèse.

Le but de mon travail étant d'établir le diagnostic spécial et différentiel des tumeurs des bourses, je m'arrêterai principalement sur les caractères distinctifs de l'*hydrocèle*, de l'*hématocèle*, du *varicocèle*, du *pneumatocèle*, de la *hernie scrotale*, du *cancer du testicule*. Les divers engorgements de ce dernier organe seront aussi l'objet d'un examen particulier. L'ordre que j'adopterai sera purement anatomique ; je veux procéder de dehors en dedans, des parties superficielles aux parties profondes ; néanmoins, je dérogerai à cette règle toutes les fois que l'analogie des états morbides ou la clarté de la description me paraîtront l'exiger.

I. Hydrocèle.

On appelle *hydrocèle* toute collection aqueuse dans la région scrotale, et l'on distingue l'*hydrocèle du scrotum proprement dite*, l'*hydrocèle du cordon spermatique* et l'*hydrocèle de la tunique vaginale*.

A. *Hydrocèle du scrotum proprement dite.*

L'hydrocèle du scrotum ou l'œdème des bourses existe, lorsque la sérosité est infiltrée dans la couche sous-cutanée du scrotum, nommée *dartos*. Elle se présente sous la forme d'une tumeur molle, indolente, transparente, sans changement de couleur à la peau, laissant persister pendant quelques instants l'impression du doigt, comme dans toutes les hydropisies du tissu cellulaire. Le testicule se trouve au milieu de la tumeur, le scrotum est tendu sur elle et lui adhère intimement.

Cette espèce d'hydrocèle occupe généralement les deux côtés du scrotum, et la verge participe le plus souvent à l'état d'infiltration générale. La structure lamelleuse du dartos, qui, suivant la plupart des auteurs, n'est autre chose que la continuation du fascia superficialis général, explique la facilité avec laquelle la sérosité se répand dans cette partie.

Mais il peut se faire dans le scrotum des infiltrations d'une autre nature, qu'on ne confondra pas avec celle dont je viens de parler, en ayant égard aux circonstances commémoratives. Ainsi, le pus provenant d'une carie des vertèbres lombaires peut fuser entre les lamelles du dartos. La disposition anatomique des aponévroses du périnée peut laisser remonter contre sa propre pesanteur la matière des abcès développés entre l'aponévrose superficielle et moyenne de cette région. Dans le cas de blessures des artères honteuses externes, le sang peut s'infiltrer aussi dans cette tunique. Le vin que l'on injecte quelquefois dans la tunique vaginale pour guérir l'hydrocèle par épanchement, peut être poussé dans le tissu cellulaire sous-cutané, si l'on néglige certains préceptes de l'art. La grande mollesse et la porosité du tissu cellulaire environnant permettent facilement l'ecchymose, et font qu'après les contusions le scrotum acquiert promptement un volume énorme ; il est alors noir et tendu, comme dans tous les cas semblables. A la suite de l'opération de la taille latéralisée, le défaut de parallélisme entre l'incision de la peau et celle de l'urètre peut causer l'infiltration du sang et de l'urine dans les bourses. Dans les ruptures du canal de l'urètre, l'urine peut s'épancher aussi dans ces parties. La seule connaissance des causes de toutes ces tuméfactions du scrotum suffit pour en faire distinguer la nature.

Il est difficile aussi de confondre l'hydrocèle par infiltration avec l'hydrocèle de la tunique vaginale. Cependant Boyer (1) cite un chirurgien qui vint le prier de faire la ponction d'une hydrocèle sur un enfant confié à ses soins, ne pensant pas qu'il fût question d'une hydrocèle par infiltration, mais bien d'une hydrocèle par épanchement.

(1) Dict. des sc. méd., art. *Hydrocèle.*

Boyer s'y transporta muni d'un trois-quarts, et fut bien surpris de trouver un enfant réduit au marasme par la carie des vertèbres, et présentant une infiltration considérable du scrotum causée par l'affaiblissement général qu'amène ordinairement la dernière période de cette maladie.

B. *Hydrocèle du cordon spermatique.*

Il est plusieurs espèces d'hydrocèle du cordon spermatique. Lorsque la sérosité s'infiltre dans le tissu cellulaire qui unit les différentes parties constituant le cordon, la maladie prend le nom d'hydrocèle par infiltration du cordon spermatique ; elle coexiste presque toujours avec l'empâtement des bourses. Le cordon est alors tuméfié dans toute sa longueur ; il est mou, indolent, non transparent, sans fluctuation, et présente tous les symptômes de l'anasarque. Le sac scrotal paraît descendre plus bas de ce côté que du côté opposé.

La seconde espèce est l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique. On sait que la tunique celluleuse du cordon tient aux parties qui le forment, à l'aide d'un tissu lamelleux dans lequel peuvent stagner des liquides et s'organiser d'espace en espace des poches ou des kystes. Ces poches se forment non-seulement entre l'anneau inguinal et le testicule, mais encore derrière l'épididyme, parce que le tissu cellulaire se prolonge derrière cette partie. Et comme ces lamelles sont moins serrées en avant qu'en arrière, il en résulte que ces kystes occupent le plus souvent la partie antérieure du cordon, qui est déjeté en arrière et en dedans, remarque essentielle pour le traitement. Cette hydrocèle se présente sous la forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, oblongue, circonscrite et conservant le même volume dans toutes les circonstances ; la transparence du cordon est évidente dans ce cas, on peut même sentir la fluctuation.

La tunique vaginale du testicule se continue chez l'adulte avec le péritoine, au moyen d'un cordon fibro-celluleux qui n'est que le vestige du canal de communication qui existait avant la naissance. Quelquefois ce canal ne s'oblitère pas dans toute son étendue, quoique

toute communication avec l'abdomen ait cessé ; il se forme alors des kystes dans les restes du col, incomplétement atrophié, de la tunique vaginale ; ces kystes se remplissent de sérosité et constituent l'*hydrocèle enkystée de la tunique vaginale.* Le professeur Cloquet a décrit, sous le nom d'hydrocèle en chapelet, une espèce d'hydrocèle qui résulte de la réunion de plusieurs de ces kystes placés les uns au-dessus des autres.

Une autre variété d'hydrocèle se présente encore dans cette région : elle résulte d'un amas de sérosité dans un vieux sac herniaire, soit que son col, depuis long-temps libre d'intestins, se soit déjà oblitéré, soit qu'il communique encore avec la cavité abdominale. Je citerai ici le cas d'un docteur de mes amis qui, ayant été affecté dans son enfance d'une hernie inguinale que guérit l'application prolongée d'un bandage, est obligé aujourd'hui de faire rentrer de temps à autre dans l'intérieur de l'abdomen la sérosité ramassée dans le sac herniaire : cette rentrée est accompagnée d'un gargouillement appréciable. Quoique la hernie n'ait pas reparu depuis une vingtaine d'années, il ne cesse de se précautionner contre cet accident, d'autant plus à craindre que la communication entre le sac et la cavité péritonéale existe évidemment.

L'hydrocèle enkystée formée dans le tissu cellulaire, celle de la tunique vaginale et celle qui a lieu dans un vieux sac herniaire, dont le col est oblitéré depuis long-temps, présentant à peu près les mêmes caractères, peuvent être confondues facilement entre elles ; mais une méprise de ce genre n'amène pas des conséquences fâcheuses. Le même traitement est applicable à toutes : on peut ouvrir la tumeur sur sa paroi antérieure et externe, vider la sérosité, injecter un liquide irritant et oblitérer la cavité de quelle nature qu'elle soit. Mais il n'en est pas de même quand il s'agit d'un épanchement dans un sac herniaire communiquant avec la cavité péritonéale ; si, dans ce cas, croyant avoir une autre hydrocèle du cordon, on employait le même traitement, l'injection, poussée dans la cavité abdominale, pourrait faire naître une péritonite mortelle. On dit bien que, pour s'assurer de la communication du kyste avec la cavité abdominale, il suffit de faire coucher

le malade et d'observer si la tumeur diminue ou disparaît totalement sous la pression ; mais ces caractères, clairement exposés dans les livres, ne sont pas aussi évidents dans la pratique. Lors donc que l'on conserve le moindre doute sur la nature de la maladie, il vaut mieux opérer par l'incision et remplir le kyste de charpie, que de s'exposer à injecter un liquide irritant dans l'abdomen.

On pourrait confondre l'hydrocèle du cordon avec un varicocèle ou avec une hernie épiploïque ; mais l'erreur ne serait pas de longue durée. Le varicocèle est ordinairement noueux, il diminue par l'effet des applications froides et astringentes. La hernie épiploïque disparaît par la pression, n'offre ni fluctuation ni transparence, elle est produite à l'occasion d'un effort, et est souvent accompagnée d'un dérangement des fonctions digestives. Quoique ces caractères paraissent assez distinctifs, cependant on a vu confondre l'hydrocèle celluleuse du cordon avec la hernie. On en trouve une preuve dans l'observation que donne Pott (*tom.* 2, *pag.* 50), et que je reproduis ici d'une manière très-succincte :

Un homme portant à l'aine une tumeur, qu'il avait prise pour une hernie, se serrait tant avec le bandage, dans l'intention de produire la mortification de l'épiploon et obtenir la cure radicale de la hernie, que la peau s'était excoriée. Le volume du testicule avait augmenté, et le cordon spermatique s'était considérablement tuméfié. Pott, consulté, ordonne une saignée, prescrit le repos, les boissons relâchantes et les cataplasmes émollients. Au bout de sept jours, les symptômes inflammatoires ont cessé, et le malade est revenu à l'état où il était lorsqu'il commençait à porter un bandage. Le scrotum avait repris son volume ordinaire, mais le cordon spermatique était mou et tuméfié, et donnait au toucher la sensation d'une hernie épiploïque. Pott essaya de réduire cette hernie apparente, mais sans aucun succès. Trois ans plus tard, le malade mourut d'une pneumonie : l'ouverture du cadavre fit reconnaître l'hydrocèle celluleuse du cordon.

C. *Hydrocèle de la tunique vaginale.*

De toutes les espèces d'hydrocèles, celle dont je vais m'occuper est

la plus commune ; c'est aussi celle dont le diagnostic offre quelquefois le plus de difficultés. Avant de parler des complications qui peuvent masquer la nature de cette maladie, présentons d'abord les caractères d'une hydrocèle simple.

Une tumeur étendue du fond du scrotum à l'anneau inguinal, plus ou moins volumineuse, située au devant et en bas du testicule, fluctuante, sans douleur, molle, transparente, n'augmentant pas par la station ni par les efforts de la toux, ne pouvant être réduite par la pression, n'étant accompagnée d'aucun dérangement des fonctions digestives, ne rendant pas l'individu impuissant, n'offrant aucun changement de couleur dans ses téguments, se formant de bas en haut et jamais dans le sens contraire ; tumeur dont la pesanteur égale celle d'un même volume d'eau, et qui se porte obliquement au-devant de la base de sustentation, et non pas dans la direction perpendiculaire: tels sont les caractères d'après lesquels on peut reconnaître l'hydrocèle simple chez les adultes.

Il est des nouveau-nés chez lesquels la communication de la tunique vaginale, avec la cavité du péritoine, n'est pas encore interrompue ; on conçoit facilement que le liquide, obéissant aux lois de la pesanteur, puisse descendre dans le scrotum et former ce qu'on appelle *hydrocèle congéniale*. Cette disposition anatomique existe quelquefois non-seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes. M. Larrey cite, dans le troisième volume de sa Clinique chirurgicale, l'observation d'un soldat de la garde, âgé de 23 ans, qui présentait une hydrocèle congéniale. Cette variété offre presque tous les caractères de la précédente ; mais, de plus, elle disparaît par l'effet de la pression ou par le coucher en supination, et reparaît lorsqu'on cesse de la comprimer ou que le malade est debout. Il importe de bien distinguer ces deux espèces ; car si, prenant l'hydrocèle congéniale pour celle des adultes, on opérait de la même manière par l'injection, on pourrait faire passer le vin dans l'intérieur du péritoine, et causer la mort.

La disposition de la tunique vaginale rend facilement raison de ce que, dans l'hydrocèle ordinaire, le testicule se trouve à la partie interne, postérieure et supérieure de la tumeur. La tunique se com-

porte envers le testicule, absolument comme le péritoine envers les viscères abdominaux. C'est encore un sac sans ouverture, dont la lame viscérale, après avoir recouvert les deux faces du testicule, se réfléchit le long de son bord supérieur et postérieur, qui reste libre, de sorte que cet organe n'est pas entièrement enveloppé par cette membrane; il résulte de là que la sérosité, en s'amassant dans l'intérieur de la tunique, écarte en avant et en bas cette tunique du testicule, qui reste attaché à la partie postérieure de la tumeur : aussi cet endroit est plus dur et plus sensible au toucher. Cette disposition anatomique exige qu'on porte le trois-quarts sur le point antérieur, externe et inférieur de la tumeur; cependant ces rapports de l'hydrocèle avec le testicule peuvent varier. Ainsi Dupuytren (1) cite l'observation d'une hydrocèle où le testicule se trouvait en devant et en bas de la tumeur. Un chirurgien auquel le malade s'était adressé, fit la ponction en devant; il ne sortit par la canule que du sang et point de sérosité. La tumeur, au lieu de diminuer, augmenta considérablement de volume ; elle devint chaude, douloureuse, et ce n'est qu'après un traitement antiphlogistique sévère qu'elle fut ramenée à son état primitif. Dupuytren constata la présence du testicule à la partie antérieure de la tumeur, la ponctionna en arrière et la vida complétement.

L'hydrocèle est ovale dans les commencements, où la sérosité est peu abondante; puis elle devient oblongue ; le plus souvent la grosse extrémité est tournée en bas, ce qui lui donne l'aspect piriforme. Sa figure peut être encore changée par l'usage des suspensoirs, par des adhérences qui se font quelquefois dans l'intérieur de la tunique vaginale. Si l'hydrocèle existe depuis long-temps, la tunique peut se distendre jusque vers l'anneau, dans le canal inguinal même, et prend alors la forme d'un bissac par l'étranglement qui en résulte (Dupuytren) (2). Boyer a vu une hydrocèle d'un volume considérable, qui, sous l'influence d'une compression prolongée, opérée par un suspensoir, avait pris une forme oblongue de devant en arrière ; le testicule

(1) Leçons orales, tome 4, pag. 437.

(2) Leçons orales, tome 4, pag. 444.

était situé à la partie antérieure de la tumeur, et aurait pu être blessé par le trois-quarts, si celui-ci eût été enfoncé dans l'endroit où on le plonge ordinairement (1). La tumeur peut être bosselée à sa surface, soit que la tunique vaginale ait cédé inégalement à la force qui la distend, soit que les brides intérieures aient divisé sa cavité en plusieurs compartiments. Tel est le cas suivant :

PREMIÈRE OBSERVATION.

Tumeur bosselée du scrotum. — La première ponction avec le trois-quarts ne donne issue qu'à une demi-cuillerée de sérosité ; la seconde vide entièrement la tumeur. — Guérison.

Joseph Amat, natif de Saint-André de Lachane (Ardèche), âgé de 60 ans, colporteur de profession, entra à l'Hôtel-Dieu de Nîmes le 25 mars 1837, pour une tumeur qu'il portait au scrotum du côté gauche. Cette tumeur, qui datait d'une année, avait cinq pouces de longueur, était transparente, isolée du cordon et très-légère, eu égard à son volume ; sa petite extrémité était en bas et la grosse en haut ; sa surface présentait inférieurement une bosselure très-circonscrite, du volume d'un œuf, également douée d'élasticité et de transparence. Le diagnostic, d'après l'ensemble de tous ces symptômes, fut très-facile.

M. Pleindoux (2) pensa dès l'instant à l'existence d'une hydrocèle de la tunique vaginale qu'il se proposa d'opérer. Le 28 mars, il enfonce le trois-quarts en devant et en bas de la tumeur, endroit qui est choisi ordinairement, mais à peine vit-on sortir une demi-cuillerée de sérosité citrine ; il fait une seconde ponction tout-à-fait en bas, qui donne issue à une grande quantité de liquide de la même nature que le premier. Il était donc évident que la tumeur était composée de deux poches ne communiquant pas entre elles. Tel était même le diagnostic qu'on avait porté avant l'opération, par ce qu'on avait pu en juger à l'aspect de la séparation extérieure. Le testicule fut trouvé en haut et

(1) Traité des maladies chirurg., tome 10, pag. 194.

(2) Je saisis avec plaisir cette occasion, pour remercier M. Pleindoux aîné des bontés dont il m'a comblé et de l'instruction que j'ai puisée dans ses fréquentes communications.

en arrière ; il était d'un volume un peu plus considérable que dans l'état naturel. En comprimant le scrotum, on sentait les brides qui existaient dans son intérieur. On fit trois injections avec du vin chaud, et on couvrit les bourses de fomentations vineuses. Le troisième jour l'inflammation était déjà assez forte ; la résolution s'est opérée sans aucun accident, seulement il s'est formé un petit abcès dans le tissu cellulaire, qu'on a ouvert avec une lancette. Le 30 avril, le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Chez les individus affectés de l'hydrocèle, la fonction sécrétoire de la semence s'exécute également. Ce signe a suffi à M. Lallemand pour distinguer une hydrocèle double, du sarcocèle avec lequel on l'avait confondue. L'opération de la castration avait été déjà proposée. Dans l'hydrocèle, on remarque ordinairement une augmentation de volume du testicule, due à une inflammation chronique, que l'on détruit en enlevant la cause qui l'a fait naître. La transparence, un des signes pathognomoniques de l'hydrocèle, n'existe pas toujours : c'est ainsi que par suite de coups, de chutes, etc., se produisent dans l'intérieur de la tunique vaginale des épanchements sanguinolents, auxquels succède la formation de caillots, de concrétions fibrineuses ; c'est ainsi que des circonstances difficiles à apprécier peuvent donner à la sérosité la couleur brune ou verdâtre : dans tous ces cas, le liquide est trouble et opaque, au lieu d'être citrin et transparent, comme dans les cas ordinaires. Le fait suivant, que j'ai observé, me rendra circonspect lorsque j'aurai à porter un jugement sur de pareilles complications.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Tumeur du côté droit des bourses. — Incertitude du diagnostic. — La ponction exploratrice donne à peine issue à une cuillerée de sérosité. — La seconde ponction évacue une grande quantité de liquide sanguinolent. — Opération de l'hydrocèle par injection. — Accidents.

Bousquet, militaire, âgé de 30 ans, d'un tempérament sanguin, éprouva dans la 27e année de sa vie, sans cause connue, une douleur

dans le cordon spermatique droit, qui fut immédiatement suivie du gonflement du testicule correspondant : tous ces symptômes cédèrent aux applications réitérées de sangsues. Six mois après il eut un chancre au pourtour du gland, accompagné du gonflement des deux testicules. On mit en usage les mercuriaux, les anti-phlogistiques, et Bousquet recouvra encore sa santé. Mais peu de temps après il parut une nouvelle tumeur du côté droit des bourses, qu'un chirurgien trouva transparente ; elle augmentait peu à peu de volume, ce qui décida le malade à entrer à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier le 18 avril 1835. A la première visite, M. Serre avait quelques doutes sur la nature de la tumeur. Quoique le stéthoscope, appliqué sur sa surface, ne fît découvrir aucun point transparent, qu'elle fût le siége de légères douleurs et qu'elle affectât presque la direction perpendiculaire, il était néanmoins impossible de se prononcer pour un sarcocèle, vu l'absence de tous symptômes généraux, du teint jaune-paille qui accompagne ordinairement les affections cancéreuses, etc. etc. Pour éclaircir ses doutes, M. Serre fit sur la partie inférieure du scrotum, où l'on sentait une fluctuation obscure, une ponction exploratrice qui donna à peine issue à une cuillerée de sérosité. Cette légère opération fut suivie de douleurs assez vives et du gonflement du testicule : l'imprudence du malade, qui se livra à la marche quelques instants après au lieu de garder le repos le plus absolu, ne contribua pas peu à ce résultat. Malgré les anti-phlogistiques mis en usage, une collection purulente parut au bas du scrotum ; le pus, évacué avec la lancette, fut homogène, phlegmoneux, et n'annonça d'aucune manière une affection organique du testicule.

La ponction exploratrice qu'on avait faite démontra qu'il ne s'agissait pas ici d'une hydrocèle ; d'ailleurs, la tumeur n'était pas bilobée, elle n'était donc pas probablement formée par plusieurs loges, et le peu de sérosité qu'elle contenait pouvait fort bien n'être qu'un symptôme de toute autre lésion. Une supposition restait à faire, celle d'une inflammation chronique du testicule ; comme le chirurgien s'y arrêta quelque temps, il employa les anti-phlogistiques et les frictions mercurielles, dans le but d'opérer la résolution. Ces moyens ne pro-

duisant aucun effet, le malade se décida à subir la castration ; mais avant d'en venir à ce moyen extrême, M. Serre voulut encore faire une autre ponction exploratrice ; il perça donc le scrotum dans sa partie inférieure avec le bistouri, et quel ne fut pas son étonnement lorsqu'il vit s'écouler une grande quantité de liquide sanguinolent et la tumeur diminuer de deux tiers ! Il était évident que le défaut continuel de transparence de la tumeur dépendait de la coloration du liquide ; c'était aussi la preuve, comme l'a dit M. Serre dans sa clinique, que l'inflammation qu'avait produite l'hydrocèle en question, avait une intensité plus grande que celle qui fait naître l'hydrocèle ordinaire. C'est pourquoi, avant d'en venir à l'opération, il employa des sangsues, des bains, pour calmer la susceptibilité inflammatoire et obvier aux accidents qui pourraient survenir.

Le 17 juin, c'est-à-dire quinze jours plus tard, quand l'épanchement fut revenu, l'opération fut pratiquée d'après la méthode de l'injection. Elle présenta cette circonstance remarquable, que le professeur crut un instant avoir percé le testicule de part en part, il sentit le trois-quarts passer à travers une partie épaisse au moins d'un travers de doigt ; mais les douleurs testiculaires, ces douleurs qu'on ne confond pas avec d'autres, ne se manifestèrent pas, tandis qu'on les faisait naître en comprimant la partie supérieure de la tumeur. L'opérateur, promenant d'ailleurs la canule dans tous les sens, sentit qu'il se trouvait dans un milieu non résistant : c'était une preuve que le lieu ponctionné était le siége d'un épaississement de la tunique vaginale, avec engorgement du tissu cellulaire environnant. La sérosité qui sortit était encore d'une couleur rougeâtre, le testicule fut trouvé un peu plus volumineux qu'à son état ordinaire. Quatre injections de vin tiède furent poussées dans la tunique ; les deux premières seules occasionnèrent de la douleur, et bientôt les parties s'habituèrent au contact du liquide irritant. Le mouvement vermiculaire du scrotum, qu'il fut facile d'apercevoir, fit bien augurer de l'opération ; elle n'eut aucune suite fâcheuse pendant les deux premiers jours ; mais ensuite il survint une forte inflammation du scrotum qui prit un volume énorme. La saignée répétée, des sangsues, des fomentations émollientes, pro-

curèrent une amélioration rapide. Il fut néanmoins évident, comme le fit observer M. Serre, que cette hydrocèle avait quelque chose d'anormal, et qu'il y avait lieu de soupçonner la manifestation ultérieure de quelque affection organique. Malheureusement le malade a été perdu de vue depuis cette époque.

Lorsque l'hydrocèle n'est pas très-volumineuse et qu'elle n'existe pas depuis long-temps, la tunique vaginale conserve son épaisseur et n'empêche pas la transparence: c'est le cas le plus ordinaire. Mais la tunique séreuse perd souvent son organisation normale, elle se couvre parfois de plaques cartilagineuses et même osseuses; elle acquiert plus d'épaisseur, soit par la superposition des lames celluleuses sous-cutanées, soit par celle des couches albumineuses qui s'organisent à sa face interne: dans toutes ces circonstances la tumeur n'est pas transparente. Alors, il faut premièrement faire une ponction exploratrice, et agir ensuite suivant l'indication. Les deux observations suivantes sont une preuve de ces altérations de la tunique vaginale, et des difficultés que ces cas offrent pour la pratique.

TROISIÈME OBSERVATION.

Tumeur occupant tout le scrotum, prise pour un sarcocèle double. — Persistance des facultés génératrices. — Opération de l'hydrocèle par incision. — Guérison.

Un homme portait depuis deux ans une tumeur arrondie occupant tout le scrotum et montant jusqu'à l'anneau inguinal. Il fut déclaré atteint d'un sarcocèle double par un chirurgien de Toulouse, qui proposa la castration comme moyen unique de guérison. M. Lallemand, à qui le malade se confia, ayant examiné la tumeur avec beaucoup de soin, ne découvrit aucune transparence; et néanmoins, comme la tumeur n'était pas inégale, bosselée, mais bien régulière et piriforme, il conserva des doutes sur sa nature. Le malade assurait qu'il était susceptible d'érections et d'éjaculation; ce qui, aux yeux du savant professeur, fut une preuve évidente que les deux testicules n'étaient

pas atteints d'une affection cancéreuse, mais entourés d'une tunique vaginale considérablement épaissie. Une incision faite au scrotum confirma son diagnostic, en donnant issue à une grande quantité de liquide, et le malade conserva ses organes générateurs.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Tumeur du côté droit des bourses. — Difficulté de diagnostic. — La ponction exploratrice au bas de la tumeur, ne donne issue qu'à trois cuillerées de liquide. — Erreur de diagnostic. — Une incision au-devant de la tumeur découvre la nature de la maladie. — Opération de l'hydrocèle par le séton. — Guérison.

Un homme d'une soixantaine d'années se présenta à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, dans le mois de janvier 1834, avec une tumeur très-volumineuse, occupant le côté droit des bourses, lisse, rénitente, dure et ne présentant aucune fluctuation ; elle montait jusqu'à l'anneau inguinal, et deux ou trois travers de doigt au-dessus son extrémité inférieure, elle présentait une légère rainure transversale ; d'ailleurs elle était très-régulière et n'avait pas de bosselures à sa surface : il fut impossible de constater la transparence. Le malade avait fait plusieurs traitements de différente nature, sans aucun succès. M. Lallemand, maniant la tumeur, crut sentir de la fluctuation ; ce qui le détermina à faire une ponction exploratrice avant de se décider à la castration, qu'il se proposait d'exécuter si la tumeur n'était pas formée par de la sérosité. On transporte donc le malade dans la salle des opérations, et l'on prépare tout l'appareil nécessaire à l'opération de la castration. Une ponction est faite à la partie inférieure de la tumeur, il en sort à peine deux ou trois cuillerées de liquide jaunâtre, ce qui ne produit aucune diminution appréciable. Alors l'opérateur croit définitivement avoir affaire à un sarcocèle, et se dispose à opérer en conséquence. Il fait d'abord, sur la face antérieure de la tumeur, une incision longitudinale de haut en bas, qui n'intéresse que la peau, ensuite il coupe successivement les couches sous-cutanées ; mais, au moment où il y pense le moins, un flot de liquide jaillit sur sa figure et sur celle de l'aide le plus rapproché. Ce liquide était opaque, blanchâtre, comme

de l'eau dans laquelle on aurait dissous de l'amidon, et par conséquent, d'une nature différente de celui qui était sorti par la ponction exploratrice : c'était une preuve que les deux poches ne communiquaient pas entre elles. La tunique vaginale était dure, comme cartilagineuse, ce qui a encore contribué au défaut de transparence ; mais le testicule était sain. M. Lallemand revient donc à sa première idée d'une hydrocèle, fait une contre-ouverture au bas du scrotum, et passe un séton pour exciter l'inflammation et amener l'oblitération des deux cavités. La guérison ne manqua pas d'arriver au bout d'un mois et demi, et le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Il n'y a pas deux cas qui se ressemblent dans la pratique, nous a dit le Professeur dans sa leçon. Chez notre malade l'inflammation a produit des adhérences dans l'intérieur de la tunique vaginale : de là il est résulté deux poches séparées; et cette conformation singulière de la tunique a manqué faire commettre une méprise, qu'on n'aurait pu éviter qu'avec la sagacité et l'expérience de ce célèbre opérateur.

Après l'opération de l'hydrocèle par injection, il survient un gonflement inflammatoire dans le scrotum, qui paraît porter à la fois sur le testicule et sur ses enveloppes : c'est une condition sans laquelle on ne peut obtenir une guérison radicale. Mais au bout de quinze ou vingt jours, d'un mois au plus, le testicule commence à revenir à son état ordinaire. Cependant cette résolution tarde quelquefois à arriver, on peut alors croire à la reproduction de l'hydrocèle, et cette faute est commise plus facilement encore, dans les cas où la tunique vaginale était primitivement épaissie, et empêchait par conséquent la transparence. Le fait suivant qui s'est passé sous mes yeux en est une preuve. Quand un praticien distingué est tombé dans une semblable erreur de diagnostic, qui heureusement n'a pas amené des conséquences fâcheuses, mais au contraire a tourné à l'avantage du malade, les mains moins habiles et les capacités moins heureuses doivent se tenir sur leurs gardes.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Tumeur du côté droit des bourses. — Opération de l'hydrocèle par injection. — Engorgement consécutif du testicule, pris pour la reproduction de l'hydrocèle. — Erreur de diagnostic. — Nouvelle opération. — Guérison.

Joseph Cierge, natif de Nîmes, porte-faix de profession, âgé de 65 ans, a essuyé quelques maladies pendant sa vie, et entre autres il a été affecté d'une blennorrhagie contre laquelle il n'a fait aucun traitement. Il y a vingt ans, il s'aperçut que, sans cause connue, le scrotum du côté droit augmentait considérablement de volume; il n'y porta pas d'abord une grande attention; mais lorsque avec le temps la tumeur fut devenue très-volumineuse, et l'empêcha de vaquer à sa rude profession, il se décida à demander les secours de l'art, et à entrer à l'Hôtel-Dieu de Nîmes (le 10 décembre 1835). Voici quel était son état: sur le côté droit des bourses on voyait une tumeur du volume des deux poings, d'un aspect piriforme, dont la grosse extrémité était en haut et la petite en bas, indolore, non transparente, n'augmentant pas par la station ni par les efforts de toux, ne pouvant pas être diminuée par la pression qu'on exerçait de bas en haut, n'étant accompagnée d'aucun dérangement des fonctions digestives, et dont la surface présentait la couleur ordinaire de la peau. Voici la mesure de ses diamètres : — grand diamètre, c'est-à-dire longitudinal, quatre pouces et demi ; — petit diamètre, c'est-à-dire transversal, deux pouces.

Quelle est la nature de la tumeur? Telle est la première question qu'on devait se poser. Deux idées se sont présentées alors dans l'esprit: celle d'une hydrocèle et celle d'un squirrhe du testicule, ou de quelque autre dégénérescence de cet organe. Le cas était très-douteux. La transparence de la tumeur n'a pu être constatée, malgré tous les moyens minutieusement employés; mais la tumeur était très-légère, elle n'était pas traversée des douleurs lancinantes; quand le malade était debout les bourses se portaient en devant, et non pas dans une direction parfaitement verticale. La tumeur était plus molle à son

extrémité inférieure que dans le reste de son étendue ; dans cet endroit aussi elle était douloureuse à la pression : on avait donc le droit de penser que, dans l'hypothèse d'une hydrocèle, le testicule se trouvait au bas de la tumeur, et que c'était lui qui faisait cette saillie en forme de cône. Toutes ces circonstances portèrent M. Pleindoux à croire que la tumeur était une hydrocèle de la tunique vaginale, et il se disposa à l'opération. Elle a été faite le 15 décembre 1835, et a prouvé la justesse du diagnostic. Il est sorti par la canule un quart de litre à peu près de liquide transparent. La non transparence de la tumeur dépendait donc de l'épaississement de la tunique vaginale. Après l'évacuation de la sérosité, la tumeur avait le volume ordinaire du testicule. Trois injections de vin chaud, l'application sur le scrotum de compresses trempées dans le même liquide ont déterminé une inflammation, à la suite de laquelle la tumeur a repris son premier volume.

Le 1er janvier 1836, M Fontaines, ayant pris le service et s'étant informé de tous les antécédents, fit couvrir la tumeur de cataplasmes émollients, qui ne procurèrent aucune diminution ; la mesure de ses diamètres, que l'on prenait exactement tous les trois ou quatre jours avec le compas d'épaisseur, ne variait pas d'une ligne. Persistant dans l'idée qu'il s'agissait de l'engorgement du testicule, qui arrive toujours après l'opération par injection, M. Fontaines mit en usage (quinze jours plus tard, c'est-à-dire un mois après l'opération) les frictions mercurielles sur le scrotum. Mais lorsque ni ce moyen, ni les résolutifs, ni les purgatifs, ni tout le cortége des remèdes qu'on emploie pour procurer la résolution de l'orchite, n'eurent produit aucun effet au bout de deux mois, M. Fontaines pensa qu'il s'agissait non d'un engorgement du testicule, mais bien de l'hydrocèle qui s'était reproduite de nouveau.

Il manquait ici le signe pathognomonique de l'hydrocèle, la transparence ; mais elle n'aurait pu être constatée à cause de l'épaississement de la tunique vaginale que j'ai déjà signalé ; la fluctuation n'était pas évidente, mais elle ne l'était pas non plus lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Quant au poids de la tumeur, il n'était pas

supérieur à celui d'un même volume d'eau, vu qu'elle gardait la position horizontale dans le bain ; tandis qu'au contraire le même essai, fait sur un homme portant un testicule enflammé, a montré que celui-ci tendait à gagner le fond de l'eau. La tumeur de notre malade avait, après l'opération, la même forme qu'auparavant ; son sommet était toujours en bas, il était plus mou que le reste, et le malade assurait que, par la pression du doigt, il souffrait davantage dans cet endroit que dans tout autre. On pouvait donc penser que le testicule occupait son ancienne position. Quelques mois auparavant, M. Fontaines ayant opéré par injection un magistrat de cette ville, sans obtenir aucun succès, à cause de l'épaississement de la tunique vaginale, eut recours pour la seconde fois à l'excision, et réussit complétement. Il pensait donc avoir affaire à un cas semblable. Les circonstances anamnestiques tendaient à faire croire que la tunique vaginale était très-épaissie, et que sa cavité était d'une capacité considérable ; et comme, dans ces cas, la méthode par injection réussit rarement, on était conduit naturellement à tenter un moyen plus actif, à exciser, par exemple, une portion de la tunique, et à remplir le reste avec de la charpie. L'opération devait être pratiquée le 15 février 1836. M. Fontaines fait sur la tumeur une incision verticale, de deux pouces d'étendue, qui n'intéresse que les téguments, et avant de disséquer la peau à droite et à gauche, il fait la ponction avec la pointe du bistouri. Mais quel n'est pas son étonnement, quand au lieu de sérosité il rencontre la substance propre du testicule ! Il fait une incision au bas de la tumeur, et là aussi il ne trouve pas de liquide. L'opérateur se trouvant alors dans une position embarrassante se décide à laisser la tumeur, pensant qu'avec le temps elle pourra se résoudre, et renonce à la castration, que des assistants lui conseillaient de pratiquer : nous verrons que les résultats de l'opération ont justifié tout-à-fait sa conduite. Il affronta donc les bords de la plaie extérieure avec trois points de suture ; cinq jours plus tard la réunion immédiate fut complète, sans qu'il parût la moindre suppuration.

On sait que quand le testicule baigne dans le liquide, il augmente

de volume, et reste dans cet état jusqu'à ce que la cause qui l'irrite continuellement soit éloignée. Quand on injecte du vin dans l'intérieur de la tunique vaginale, on augmente encore cette irritation ; le testicule passe de l'inflammation chronique à l'inflammation aiguë, mais peu à peu il revient à son état ordinaire, par l'action des vaisseaux absorbants, dont les fonctions sont aussi excitées. La même chose est arrivée à notre malade. L'incision du testicule, qu'on venait de pratiquer, loin d'ajouter à l'état maladif de cet organe, a mis le terme à la phlogose en la ravivant, en lui imprimant une marche franche et régulière. Le testicule, qui était dans un état d'inflammation chronique, est passé, après cette incision, à l'état d'inflammation aiguë, mais peu à peu il a diminué considérablement, de sorte que le 9 août, le jour où le malade est sorti de l'hôpital, il avait le volume d'un très-petit œuf. Voici d'ailleurs la mesure de ses diamètres : le diamètre vertical un pouce trois quarts au lieu de quatre pouces et demi ; le diamètre horizontal un pouce au lieu de deux pouces, et il est à espérer qu'avec le temps le malade, qui aujourd'hui peut déjà vaquer à ses affaires et n'est pas gêné dans la marche, verra son testicule revenir à son état ordinaire (1).

Ces faits prouvent combien il faut être réservé dans le diagnostic de l'hydrocèle, quand elle présente quelques complications. On a dit que la chirurgie était tout ce qu'il y a de sûr dans l'art de guérir ; mais il faut avouer, pour être juste, que si les maladies internes sont souvent difficiles à reconnaître, le diagnostic de celles qu'on touche et qu'on voit presque à l'œil nu n'en offre pas moins quelques difficultés. Il est des cas où, malgré le plus profond savoir et l'expérience la plus consommée, le praticien ne peut pas éviter les écueils qui se présentent ; heureux encore, si les méprises dans les-

(1) Un an et demi plus tard j'ai revu ce malade, et j'ai eu l'occasion de me convaincre que mon espoir s'est réalisé.

quelles il tombe n'amènent pas des conséquences funestes, et s'il possède assez d'habileté pour s'en tirer avec honneur !

L'hydrocèle de la tunique vaginale peut coexister avec l'hydrocèle du cordon. Ledran a rencontré une fois un individu présentant trois hydrocèles différentes, savoir : une hydrocèle de la tunique vaginale, une hydrocèle enkystée et une hydrocèle dans un sac herniaire, dont le col était complétement oblitéré. Il est difficile de confondre l'hydrocèle de la tunique vaginale avec la hernie : dans cette dernière le testicule est toujours en bas de la tumeur ; mais ces deux maladies peuvent exister ensemble. Les rapports des deux sacs sont, dans ce cas, très-importants à connaître, afin d'éviter la piqûre du testicule ou de l'intestin quand on pratique la ponction, mais ces rapports sont loin d'être toujours les mêmes : ainsi, dans quelques cas l'hydrocèle se trouve au-devant de la hernie ; dans d'autres elle est en arrière ; il arrive quelquefois que l'intestin passe à travers l'éraillement des fibres de la tunique vaginale, et forme un saillie au milieu de la sérosité qui constitue l'hydrocèle. Dupuytren a observé six cas semblables ; deux fois il a vu des symptômes d'étranglement dus à une disposition pareille. Dans ces cas, l'anneau inguinal est libre, la hernie est molle et indolente à sa partie supérieure, tandis qu'en bas elle est rénitente et tendue. On conçoit l'utilité qu'il y a de reconnaître d'une manière exacte la cause et le siége de l'étranglement, pour ne pas débrider inutilement l'anneau inguinal.

II. Hématocèle.

Lorsqu'on fait la ponction dans l'opération de l'hydrocèle et qu'on n'observe pas toutes les précautions nécessaires, ou quand la tumeur présente une anomalie qu'on n'a pu découvrir, il arrive quelquefois qu'on blesse quelqu'un des vaisseaux du cordon spermatique : cet accident survient le plus souvent dans les hydrocèles volumineuses. Scarpa a démontré que la tumeur, à mesure qu'elle fait des progrès, sépare les parties constituantes du cordon en deux faisceaux, qui se portent de plus en plus sur les côtés de la tumeur, et finissent par

gagner sa partie antérieure : le sang s'épanche alors dans l'intérieur de la cavité vaginale. Si on ne reconnaît cet accident tout de suite après l'opération, si on ne donne pas issue au sang par l'ouverture qui a servi à vider la sérosité, le sang finit par former une tumeur qu'on a nommée *hématocèle*. On pourrait croire alors à la reproduction de l'hydrocèle ; mais l'erreur, qui du reste ne serait pas très-grave, ne pourrait pas durer long-temps, parce que le sang finit par être résorbé ; sinon, on ouvre la tumeur, et la nature de la maladie se trouve dévoilée.

Il arrive quelquefois qu'à la suite d'un coup, d'une blessure à la région de l'aine, d'une chute, ou d'un violent effort pour soulever un pesant fardeau, une des veines spermatiques ou même l'artère se rompt et produit l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, dans la tunique vaginale et quelquefois dans la tunique albuginée. Pott a observé de pareils exemples et les a consignés dans ses œuvres (1). Ce ne sont alors que les circonstances commémoratives qui peuvent faire distinguer la tumeur sanguine d'avec les différentes espèces d'hydrocèle ou d'avec la hernie scrotale.

III. Pneumatocèle.

Quelques individus, voulant se soustraire au service militaire, s'insufflent dans le tissu lamelleux des bourses de l'air atmosphérique, qui se répand facilement et produit des tumeurs de différents volumes. M. Larrey a eu occasion d'observer plusieurs cas semblables. De petits mendiants, au rapport de Dionis, en faisaient de même pour exciter la commisération des passants. Ambroise Paré raconte des faits pareils. La tumeur qui se forme dans ces circonstances porte le nom de *pneumatocèle*. Il n'est pas difficile de distinguer ce pneumatocèle artificiel de celui qui dépend de l'emphysème général, parce que le premier est borné aux adhérences du scrotum, du pénis et au pli des aines ; il présente d'ailleurs le même caractère que le dernier : on le

(1) Pott, Œuv. chir., t. II, art. *Hématocèle*, obs. 30, 31, 32, 33, 34.

reconnaît à une tuméfaction élastique, indolente, sans changement de couleur à la peau, et qui donne la sensation distincte d'une crépitation particulière, qu'on peut comparer à celle qu'on ressent en comprimant le poumon sain. Cette tumeur résonne à la percussion ; elle est d'une légèreté qui ne répond pas à son volume.

L'accumulation des fluides élastiques peut avoir son siége non-seulement dans le tissu cellulaire du scrotum, mais encore dans d'autres couches de cette région. Ces fluides peuvent s'amasser dans la tunique vaginale, dans les intestins herniés ou dans le sac herniaire lui-même. Comme cette distinction est d'une haute importance pour la pratique, je vais tracer dans quelques mots le diagnostic différentiel de chacune de ces variétés du pneumatocèle.

La sonoréité par la percussion, et la pesanteur peu considérable, constituent les caractères communs de ces tumeurs. Dans le pneumatocèle dû à l'infiltration de l'air au milieu du tissu cellulaire, les mouchetures légères laissent dégager l'air en quantité plus ou moins considérable. Dans celui de la tunique vaginale, les téguments sont moins distendus, la tumeur est plus circonscrite, et les scarifications ne suffisant plus, il faut avoir recours à la ponction pour donner issue au gaz emprisonné. Lorsqu'une anse intestinale qui est descendue dans le scrotum est distendue par des gaz, la manière dont la maladie s'est développée, les borborygmes qui se propagent jusque dans la cavité abdominale sous l'influence du taxis, enfin les symptômes d'étranglement, feront connaître la nature et le siége de la maladie. Lorsque le sac herniaire est rempli par le gaz, le testicule n'est pas compris dans la tumeur.

Le pneumatocèle n'est presque jamais une maladie idiopathique ; mais il est symptomatique d'une autre lésion, telle qu'une blessure du scrotum ou de la région voisine, l'inflammation du tissu cellulaire, une escarre gangréneuse, etc.

Tels sont les caractères d'après lesquels on peut distinguer le pneumatocèle, de l'hydrocèle par infiltration et des autres tumeurs des bourses.

IV. Varicocèle.

On appelle *varicocèle*, la dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique. Une tumeur s'étendant de l'anneau inguinal jusqu'à l'épididyme et quelquefois occupant tout le scrotum, molle, compressible, non transparente, composée de cordons qui se nouent les uns avec les autres en forme de chaînes et présentent des circonvolutions comme des intestins, diminuant par l'effet du froid et augmentant par celui de la chaleur, s'accompagnant chez beaucoup de sujets de douleurs le long du cordon spermatique et même dans le testicule : voilà ce qui constitue le varicocèle. Tantôt cette tumeur se perd dans l'anneau inguinal et a une forme oblongue, tantôt elle se borne seulement à entourer l'épididyme ; le testicule semble souvent recouvert par des vers agglomérés ou des sangsues entrelacées. La tumeur n'augmente pas d'une manière très-appréciable par les efforts d'expiration, et quoiqu'elle diminue par la pression, elle reparaît aussitôt qu'on a cessé de la comprimer. Il est donc impossible de la confondre avec la hernie, qui présente des caractères tout opposés ; cependant Boyer ôta un bandage herniaire à un homme atteint d'un varicocèle, et eut beaucoup de peine à le convaincre qu'il fallait cesser l'usage d'un moyen qui ne pouvait qu'aggraver sa maladie. Le testicule se trouve au milieu de la tumeur ; souvent il diminue de volume, quelquefois il disparaît tout-à-fait.

V. Hernie scrotale.

On reconnaît que la tumeur des bourses est une hernie aux caractères suivants : elle paraît après un effort, se forme du haut en bas, augmente par la toux et diminue par la position horizontale ; elle est indolente, sans changement de couleur à la peau, réductible et non transparente ; sa forme est celle d'un cône arrondi, dont la grosse extrémité est en bas et dont le sommet tient à l'anneau. Dirigée de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière, elle a un volume

très-variable. Tantôt la capacité du scrotum du côté correspondant à la hernie est à peine augmentée; tantôt la tumeur descend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, comme j'ai eu occasion de l'observer.

En parlant de l'hydrocèle, j'ai déjà dit qu'il arrive quelquefois, principalement chez de jeunes enfants, que la communication de la tunique vaginale avec la cavité du péritoine n'était pas interrompue; les intestins peuvent alors suivre le testicule jusqu'au fond des bourses, et former une espèce particulière de hernie, qu'on appelle hernie *congénitale*. Quand la conformation des parties est arrivée à sa perfection naturelle, la tunique celluleuse du cordon spermatique, qui se termine à l'entrée des vaisseaux dans le testicule, ne permet pas aux intestins de descendre au fond du scrotum et de s'introduire dans la membrane vaginale; la tumeur finit donc dans ce point par une sorte de collet, de resserrement circulaire, et est placée au devant du testicule: comme cette barrière n'existe pas dans les cas de hernies congénitales, l'organe déplacé descend beaucoup plus bas et va se mêler au testicule. Dans la hernie ordinaire, les intestins sont recouverts par le péritoine; dans la seconde espèce, c'est la tunique séreuse de l'organe sécréteur du sperme qui sert de sac herniaire, et les intestins touchent immédiatement le testicule. On voit que la différence entre ces deux hernies est toute anatomique. D'ailleurs, il n'est aucun signe extérieur qui puisse faire distinguer avec précision la hernie congénitale de la hernie ordinaire, et ceux qui pourraient exister ne seraient pas d'une grande importance dans la pratique.

La tumeur herniaire peut être formée par l'intestin, par l'épiploon, ou par l'un et l'autre à la fois; il est assez important de savoir distinguer chacun de ces cas. La hernie formée par l'intestin provoque souvent des coliques et de temps en temps des vomissements; son volume augmente après le repas, par l'effet des gaz, des matières alimentaires ou stercorales qui distendent l'intestin. Quand elle est remplie par le gaz, elle est égale, élastique, tendue comme un ballon; si le malade éprouve des borborygmes dans l'intérieur de l'abdomen, ils se propagent jusqu'à la tumeur; lorsqu'on opère le taxis, la hernie rentre tout d'un coup et fait entendre un gargouillement;

si elle est remplie par les matières stercorales, elle est molle, pâteuse, ou dure et inégale, suivant la consistance de ces matières. Lorsque la hernie est épiploïque, elle a la forme d'un chou-fleur, dont la base est en bas et le pédicule en haut; sa surface est inégale, elle varie moins de consistance et de volume que l'espèce précédente; elle est molle, pâteuse, moins douloureuse; quand le malade se redresse, il éprouve ordinairement une sorte de tension qui s'étend de la tumeur à la région épigastrique, caractère qu'il est facile de s'expliquer lorsqu'on connaît la disposition anatomique de l'épiploon; la réduction ne se fait pas en bloc comme celle de l'intestin, elle rentre peu à peu sans aucun bruit et avec moins de facilité; il faut que le doigt la repousse jusque dans l'anneau lui-même. Le concours des symptômes propres à chacune de ces deux espèces, suffit pour faire reconnaître que la hernie est formée par l'intestin et l'épiploon à la fois, c'est-à-dire que l'on peut présumer que la hernie est une entéro-épiplocèle, lorsqu'une portion se réduit facilement, tandis que l'autre rentre avec difficulté; que l'une est élastique, l'autre molle et pâteuse; la première change de consistance dans les différentes circonstances de la vie, et la dernière reste toujours dans le même état.

L'épiploon déplacé peut, par l'effet du temps, par les fatigues ou par la compression d'un bandage, s'endurcir, devenir inégal, passer même à l'état squirrheux et cancéreux. Pott (1) cite l'observation d'une semblable tumeur, qui fut prise pour un squirrhe du testicule et du cordon spermatique : on ne reconnut la nature du mal qu'après la mort. Comme la portion déplacée de l'épiploon, qui a subi cette induration, peut se séparer au niveau de l'anneau de la portion abdominale, des exemples de ce genre ont probablement donné lieu, ainsi que l'observe Lawrence (2), aux observations relatives à l'existence de trois testicules sur un même individu. S'il fallait même ajouter foi aux mélanges des curieux de la nature, on pourrait croire qu'on a trouvé des individus qui avaient quatre et même cinq testicules dans le scro-

(1) Pott, Œuv. chir., tom. I, pag. 437, obs. 4.
(2) Lawrence, pag. 268.

tum. Mais ces observations ne sont rien moins qu'authentiques. Les engorgements de l'épididyme, les hernies épiploïques ont pu accréditer de semblables erreurs.

Le tissu cellulaire qui entoure le cordon spermatique peut se charger d'une assez grande quantité de graisse ; chez quelques individus, la surface externe du péritoine se couvre quelquefois d'appendices adipeux, qui traversent le canal inguinal et apparaissent au niveau de l'anneau de l'oblique externe. Toutes ces tumeurs, auxquels Pelletan (1) donne le nom de hernies graisseuses, et dont Morgagni même fait mention (2), peuvent simuler plus ou moins l'épiplocèle : les méprises dans ce cas sont du reste peu fâcheuses.

Le testicule, au lieu de se rendre au fond du scrotum pendant la vie intra-utérine, s'arrête quelquefois dans la cavité abdominale et ne descend que beaucoup plus tard. D'après Dupuytren (3), un chirurgien pensant avoir affaire à une hernie dans un cas pareil, conseilla l'application d'un bandage qui, avec le temps, contribua par sa pression habituelle à déterminer la dégénérescence carcinomateuse de l'organe. Pott (4) rapporte plusieurs cas semblables ; il cite entre autres l'observation d'un homme chez qui l'un des testicules s'était arrêté dans le canal inguinal et avait été regardé comme une hernie, pour laquelle on avait forcé le malade à porter un bandage, malgré les douleurs que ce moyen lui occasionnait. Cet homme, ayant reçu un coup à la région inguinale, vit augmenter la tumeur de ce côté et éprouva des nausées, des vomissements et des souffrances atroces. Le chirurgien du malade, croyant à l'existence d'une hernie étranglée, envoya chercher Pott pour en faire l'opération ; celui-ci ordonna des fomentations, des cataplasmes sur la tumeur, fit pratiquer une saignée et obtint une guérison complète au bout de huit jours. Chez un autre individu, qui avait aussi un testicule dans le canal inguinal, et qui à la suite d'une

---

(1) Pelletan, Clin. chir., tom. III.

(2) Morgagni, *De sed. et caus. morb.*, tom. II, pag. 160.

(3) Leç. or., tom. I, pag. 148.

(4) Œuv. chir., tom. II.

blennorrhagie vénérienne fut pris de mêmes symptômes, Polt employa le même traitement avec le même succès (1).

Dans la plupart des cas, lorsqu'on exerce la pression de bas en haut, la hernie peut rentrer dans l'abdomen et la tumeur disparaître totalement ; mais toutes les hernies ne sont pas réductibles, parce qu'il existe des adhérences, soit entre les viscères et la face interne du sac, soit entre les parties déplacées elles-mêmes. Le sac herniaire ou même les intestins (dans le cas de hernies congénitales) peuvent être unis par une bride au testicule ; l'épiploon peut adhérer au col du sac herniaire, puis former dans son intérieur une sorte de corde transversale (Arnaud, Scarpa) ; dans tous ces cas, la tumeur est irréductible. Si, par la compression de bas en haut, le testicule ou le scrotum remonte avec la tumeur, on peut présumer qu'il existe des adhérences. Mais, en général, ce n'est que par la dissection de la tumeur qu'on peut reconnaître au juste l'état des parties ; et le diagnostic dans cette circonstance est

---

(1) Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui n'ont qu'un seul testicule au fond des bourses ; l'autre est caché alors le plus souvent dans l'abdomen. Il faut se rappeler cette conformation singulière, pour ne pas commettre une erreur de diagnostic semblable à celle que je viens de citer. Chez quelques hommes, les testicules sont tous les deux retenus dans la cavité abdominale. Il n'est pas démontré, comme le disent les gens du monde, que ces individus soient plus enclins et plus aptes à l'acte de la génération. Dans ce cas, les glandes séminales sont arrêtées par quelque bride qui occasionne leur compression et leur atrophie, comme va le prouver le fait suivant :

On apporta, dans le mois de février 1836, à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le cadavre d'un prisonnier âgé d'une quarantaine d'années, qui n'avait qu'un seul testicule dans la bourse droite. Ayant ouvert l'abdomen, je trouvai le testicule gauche engagé dans l'ouverture abdominale du canal inguinal du même côté. Le canal était assez large pour permettre le passage du doigt. Là où se trouvait le testicule, j'aperçus aussi une bride fibreuse qui l'empêchait de descendre plus bas ; cet organe lui-même atrophié présentait à peine le tiers du volume du testicule droit, et n'avait que la grosseur d'une petite olive. Ses vaisseaux veineux et artériels avaient une capacité moindre que ceux du côté opposé, mais le canal déférent et la vésicule séminale ne me présentèrent rien d'anormal. Si, chez cet individu, une cause quelconque eût enflammé le testicule, qui était enfermé dans le canal inguinal, elle aurait suffi pour induire en erreur un observateur peu attentif.

d'autant plus difficile, qu'il est des hernies qui, n'étant pas compliquées d'adhérences, ne peuvent néanmoins être réduites par aucun moyen, parce que l'épiploon ou le mésentère considérablement épaissi offre un obstacle difficile à vaincre.

Cependant ces hernies irréductibles, dont je viens de m'occuper, tout en étant l'occasion d'une foule d'incommodités, de coliques, de borborygmes, d'indigestions, etc., n'exposent pas la vie du malade et n'indiquent pas la nécessité d'une opération tant qu'elles restent dans le même état. Mais il est des hernies qui, de réductibles qu'elles étaient, deviennent brusquement irréductibles; elles amènent alors des symptômes graves et peuvent causer la mort du malade si l'art ne vient promptement à son secours.

La hernie habituellement réductible, qui tout d'un coup ne peut pas rentrer dans l'abdomen, est ou *engouée* ou *étranglée*. On nomme hernie engouée, celle dont la réduction est empêchée uniquement par la trop grande quantité des matières contenues dans l'anse intestinale déplacée; on appelle étranglée, celle dont la réduction est empêchée par une autre cause, telle que la constriction de l'anneau inguinal, l'étroitesse du col du sac herniaire, etc.: ces deux accidents présentent des indications spéciales, il importe donc de les distinguer. Dans l'engouement qui arrive le plus souvent aux hernies irréductibles, la tumeur est dure, inégale, bosselée; les selles sont supprimées, le ventre se ballonne; les coliques, les nausées, les vomissements surviennent lorsque la partie supérieure du canal digestif est trop distendue par les matières; enfin, la tumeur se vide par les selles abondantes, provoquées par l'art ou par les efforts de la nature, et tous les symptômes cessent; ou bien elle s'enflamme, et tous ceux de l'étranglement se présentent. Celui-ci a une marche plus rapide et des symptômes beaucoup plus intenses; il survient le plus souvent dans les hernies récentes, chez les sujets robustes et pléthoriques. La tumeur est douloureuse, rénitente, tendue, souvent rouge et enflammée à sa surface; la constipation se déclare aussi et le ventre se ballonne; les nausées, les vomissements opiniâtres épuisent le malade; le hoquet, les coliques le tourmentent; la face se couvre d'une

sueur froide; le pouls est dur, petit, vif, concentré; le malade est jeté dans une faiblesse extrême, et si l'on n'opère le débridement, la gangrène ne tarde pas à survenir. On a la conviction de ce dernier accident, lorsque les principaux symptômes disparaissent et que la tumeur cesse d'être douloureuse sans pourtant diminuer de volume; mais cet état trompeur ne dure pas long-temps: bientôt la décomposition des traits, la langueur des yeux, le resserrement des narines, les sueurs visqueuses et froides, la pâleur générale, l'affaissement du ventre, la lenteur, la petitesse du pouls, la mollesse, la crépitation du pouls, sont un présage funeste.

Quelque tranchés que soient les signes de la hernie étranglée, il arrive cependant quelquefois que les mêmes symptômes sont dus à une autre cause. Le volvulus, le vomissement nerveux, la péritonite, l'affection cholérique, l'inflammation intestinale, peuvent les produire. Si le malade n'est pas affecté d'une hernie, ou si la hernie qu'il porte est toujours réductible, on peut par cela même assurer que les accidents ne sont pas dus à l'étranglement; mais, dans le cas de hernies irréductibles, le diagnostic devient quelquefois plus difficile, et des praticiens distingués n'ont pu s'empêcher alors de commettre des erreurs. Pott cite parmi d'autres observations, celle d'un individu qui portait une hernie irréductible depuis plusieurs années, et qui fut pris d'envies de vomir, de constipation opiniâtre, de coliques, en un mot de tous les symptômes de l'étranglement. L'opération du débridement fut pratiquée: les parties déplacées furent trouvées saines; on les sépara du testicule auquel elles étaient unies par une légère adhérence, et on les réduisit sans dilater l'anneau. Le malade mourut le lendemain, et à l'ouverture du corps on trouva le colon gangrené dans la cavité abdominale. J'ai observé un cas qui était aussi très-douteux.

OBSERVATION SIXIÈME.

Hernie irréductible accompagnée d'une gastro-entérite, dont les symptômes ont simulé ceux de l'étranglement. — Anti-phlogistiques. — Guérison.

Un malade, âgé de 47 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, dans les

premiers jours de novembre 1835, avec une hernie irréductible qu'il portait depuis 43 ans. Les chirurgiens auxquels il s'était confié avaient essayé plusieurs fois la réduction sans aucun succès. La tumeur était soutenue par un suspensoir, et quoiqu'elle gênât beaucoup le malade, elle lui permettait cependant de vaquer à ses affaires. Mais un jour ayant augmenté considérablement de volume, elle le força d'entrer à l'hôpital. Le malade éprouvait seulement de légères coliques et de l'inappétence, pouls un peu accéléré, aucune tension dans la tumeur; mais le soir les douleurs du ventre deviennent atroces, la figure se grippe, le pouls devient petit, fréquent. L'interne de la salle, croyant avoir affaire à un étranglement, et dans tous les cas voyant que la maladie était grave, envoie chercher le chirurgien en chef. M. Pleindoux examine le malade et assure que les symptômes, quelque graves qu'ils soient, ne sont point dus à l'étranglement, mais à une inflammation intestinale, à cause du peu de tension de la tumeur et de la laxité appréciable de l'anneau. En effet, une saignée générale, des sangsues appliquées en grand nombre sur l'abdomen, des fomentations émollientes et une diète sévère suffirent pour amener la guérison. Quand les principaux symptômes eurent disparu, on opéra la réduction qui resta incomplète à cause des adhérences de la tumeur : cinq jours après le malade est sorti de l'hôpital.

Voici quels sont les signes qui peuvent écarter le doute dans des circonstances pareilles. Dans l'étranglement, la douleur commence par la tumeur qui est tendue et luisante; l'ouverture du canal inguinal est serrée et ne permet pas l'introduction du doigt. Dans la gastro-entérite, dans l'iléus et d'autres maladies qui ont leur siége dans l'intérieur de l'abdomen, celui-ci est tendu et dur, tandis que la tumeur herniaire est molle et l'ouverture de l'anneau inguinal est libre. Quand c'est la portion de l'intestin déplacée qui est enflammée, la tumeur est dure et douloureuse à la pression, mais l'anneau inguinal ne serre pas son pédicule. Je dois ajouter ici que l'anneau inguinal peut être libre et les symptômes être dus à l'étranglement : c'est le collet du sac

herniaire qui opère alors une constriction sur la tumeur intestinale. Toutes les fois que l'étranglement dépend du collet du sac, on peut repousser en partie où en totalité la tumeur, sans que les accidents diminuent ; le canal inguinal est plein, dur et douloureux, et offre au toucher la sensation d'une tumeur cylindrique : ces caractères n'existent pas dans l'étranglement produit par l'anneau.

Je passe à présent à l'exposition du diagnostic du cancer et des divers engorgements du testicule : il importe d'autant plus de l'établir avec précision, que l'erreur, dans cette circonstance, peut coûter beaucoup plus cher que dans toute autre. Combien de fois une opération cruelle n'a-t-elle pas enlevé des testicules qui n'étaient pas cancéreux! Combien de malades n'ont-ils pas été victimes de l'obstination de leur médecin, qui voulait, par des moyens insignifiants, guérir une maladie dont l'instrument tranchant pouvait seul les délivrer !

VI. Sarcocèle et différents engorgements du testicule.

A. *Sarcocèle.*

Le testicule, comme les autres parties du corps, peut être affecté du cancer, et la tumeur prend alors le nom de *sarcocèle*. Cette tumeur présente beaucoup de variété dans le volume, mais elle ne surpasse presque jamais celui de la tête d'un enfant naissant ; elle est dure, pesante, inégale et bosselée à sa surface, tantôt oblongue, tantôt ronde, traversée de temps en temps par des douleurs vives qui se propagent jusqu'aux reins ; elle n'est pas transparente, ne présente pas de fluctuation. Lorsque, le malade étant debout, la tumeur est soulevée avec la main et abandonnée ensuite à elle-même, elle n'oscille pas comme l'hydrocèle, mais elle s'arrête par une seule secousse entre les cuisses du malade et dans une direction verticale (Delpech). Les douleurs lancinantes, que le malade compare à l'effet d'une aiguille acérée traversant rapidement la tumeur de part en part, constituent un symptôme pathognomonique de la dégénérescence cancéreuse ; mais ce caractère, si précieux pour le diagnostic, manque souvent. A mesure que l'affection fait des progrès, le cordon spermatique s'engorge,

durcit, et fréquemment on remarque dans son trajet des nodosités. Les veines sous-cutanées sont variqueuses ; la peau s'enflamme, s'amincit, et devient le siége d'un ulcère dont la forme est tantôt arrondie, tantôt irrégulière, dont les bords sont déjetés et renversés en dehors, dont le fond est rouge, fongueux ou grisâtre, recouvert d'une matière ichoreuse, fétide, semblable à de la suie délayée. Les glandes lymphatiques de l'aine s'engorgent et quelquefois sont douloureuses : alors la tumeur perd une grande partie de sa dureté ; elle se ramollit par points et cède sous la pression du doigt. Quand la maladie parvient à sa dernière période, les douleurs augmentent en fréquence et en intensité : il y a insomnie ; l'appétit est nul ; le visage est grippé ; la peau toujours sèche prend une coloration jaune-paille ; le teint est pâle, les muscles flasques et comme œdémateux. Lorsque l'économie a parcouru tous les degrés du marasme, le malade meurt au milieu des tourments les plus affreux, mais le plus souvent sans éprouver des symptômes colliquatifs ni de consomption.

Quand le cancer fait des progrès, le cordon spermatique, ai-je dit, peut aussi être affecté ; la castration qui souvent est un moyen de salut, est alors formellement contre-indiquée. Mais toute tuméfaction du cordon, dans ce cas, n'est pas de nature cancéreuse ; elle peut tenir à l'état variqueux des vaisseaux qui le composent, ou à une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire environnant ; alors on peut opérer avec toute sûreté. Il importe donc beaucoup de distinguer ces différents états. Quand le cordon est lui-même affecté d'une dégénérescence cancéreuse, il est non-seulement tuméfié, mais encore il fait éprouver la sensation d'un corps inégal, dur, noueux ; les parties qui le composent sont indistinctement liées ensemble ; il est douloureux à la pression, et le plus souvent immobile dans le canal. Dans le cas d'affection variqueuse, au contraire, les vaisseaux du cordon, quoique dilatés, sont mous, souples, compressibles. Le doigt peut passer autour du cordon et distinguer les parties dont il est composé : cet examen ne produit aucune douleur. Dans l'hydrocèle du cordon spermatique, après avoir donné issue à la sérosité, on peut juger plus facilement de l'état du cordon, et on se conduit ensuite suivant l'indication.

C'est en vain que l'on a dit que la douleur, la dureté, le défaut de transparence et l'inégalité de la tumeur, étaient les caractères du sarcocèle ; la pratique donne des démentis à cette assertion. On a vu confondre le cancer du testicule avec l'induration de la tunique vaginale dans l'hydrocèle. Pott raconte une erreur de diagnostic très-remarquable ; il prit une hernie de la vessie, qui descendait jusqu'au fond du scrotum et contenait un calcul urinaire, pour un squirrhe du testicule. Il ne reconnut la nature de la maladie que pendant l'opération (1).

Quand le testicule a été transformé en une matière pulpeuse, encéphaloïde, dont la consistance est celle de la gelée de groseille, le diagnostic pourrait offrir encore beaucoup plus de difficultés que dans la cas précédent. La figure piriforme de la tumeur, sa mollesse et son élasticité, l'apparente fluctuation qu'on y ressent peuvent la faire prendre pour une hydrocèle. Cooper avoue s'y être trompé plus d'une fois. Béclard, ayant plongé un trois-quarts dans une tumeur de cette nature, ne donna issue qu'à du sang ; il reconnut de suite l'existence d'un cancer encéphaloïde, dont il pratiqua l'extirpation (2). Dans des circonstances pareilles, si en examinant la tumeur on ne trouve pas le testicule en arrière et en haut, place qu'il occupe presque toujours quand la tunique vaginale est distendue par le liquide ; si l'on ne peut pas constater la transparence ; si la tumeur cède plutôt à la pression du doigt qu'elle n'est fluctuante, et si elle est douloureuse, on peut présumer qu'il ne s'agit pas d'une hydrocèle.

Le sarcocèle est souvent compliqué de l'hydrocèle de la tunique vaginale ; on reconnaît cette complication lorsque la tumeur présente la réunion des caractères propres à ces deux affections. Ainsi, la tumeur est transparente à sa partie antérieure, elle offre de la fluctuation ; mais en l'examinant en arrière, on reconnaît le testicule qui est dur, engorgé, bosselé et le plus souvent douloureux à la pression. Dans les cas douteux, la ponction exploratrice permet de mieux apprécier l'état du testicule.

---

(1) Œuvr. chir., tom. I, pag. 488.

(2) Bérard, Journ. des connaiss. méd-chir., tom. II, pag. 340.

Mais il ne faut pas confondre l'hydro-sarcocèle avec l'engorgement simple du testicule, qui accompagne presque toujours l'hydrocèle ordinaire. Dans le premier cas, la maladie du testicule est primitive; dans le second, elle est le plus souvent consécutive. Dans l'engorgement simple, le testicule n'est pas du tout douloureux; il est égal et uni à sa surface, et beaucoup moins pesant que dans l'hydro-sarcocèle.

B. *Testicule scrophuleux.*

Le testicule est susceptible d'affection tuberculeuse. Les tubercules sont ou infiltrés dans la substance de l'organe, ou agglomérés en masses isolées, qui occupent tantôt l'épididyme, tantôt les intervalles celluleux des conduits séminifères, tantôt se logent en dehors de l'organe. Si la matière tuberculeuse envahit peu à peu la substance propre de l'organe, la tuméfaction se produit sans douleur, sans changement de couleur à la peau; si les tubercules forment des masses isolées, on peut reconnaître facilement, en palpant avec le doigt, des tumeurs dures, globuleuses, presque indolentes à la pression et mobiles sous la peau. Le vice scrophuleux paraît être la cause de cette maladie. Après un temps indéterminé, ces corps se ramollissent, deviennent fluctuants; par l'ulcération qu'amènent la nature ou les secours de l'art, on voit s'écouler le pus mal lié, contenant de petits corps blanchâtres, et que l'on peut comparer à du petit-lait mal clarifié. Si l'affection n'atteint point le testicule, et que les tubercules soient seulement entés à sa surface, l'organe conserve sa forme et sa grosseur naturelles, et la sécrétion spermatique n'est pas sensiblement diminuée.

Il importe beaucoup de ne pas confondre le testicule scrophuleux avec le sarcocèle. Delpech a démontré que les tubercules sont susceptibles de résolution, qu'ils ne résistent pas toujours au traitement qui convient à la constitution scrophuleuse; on peut leur donner issue lorsqu'ils sont ramollis sans toucher l'organe spermatique. Dans son Mémorial des hôpitaux du midi, cet auteur consigne des faits de guérison d'engorgements scrophuleux des testicules, après la sortie d'une grande quantité de matière caséeuse par des ouvertures au scrotum. M. Bérard, de Paris, cite l'exemple d'un malade, chez qui le scrotum

s'est cicatrisé, après une suppuration de plusieurs années, sans que les fonctions viriles aient été abolies. Au contraire, à l'idée du sarcocèle se joint immédiatement celle de la castration. Pour mon compte, j'ai vu trois ou quatre malades portant des tumeurs au-dessous du testicule, pour lesquelles on avait déjà proposé la castration, et que parvint à résoudre en grande partie l'emploi du muriate d'or, joint aux autres substances qui ont la propriété de stimuler les vaisseaux lymphatiques ; une ponction évacua le reste de la matière tuberculeuse ramollie. Voici les règles qui serviront à établir le diagnostic différentiel de ces deux affections que l'on confond si souvent: dans le testicule scrophuleux, les douleurs sont obtuses, indéterminées; dans le sarcocèle, elles sont vives, lancinantes. Dans le premier, la tumeur offre des bosselures qui sont isolées du testicule; dans le second, la tumeur est inégale, mais unique. Chez l'un, le cordon spermatique est le plus souvent sain ; chez l'autre, il est ordinairement engorgé. Les tubercules sont moins durs que le tissu squirrheux, et un peu plus que le tissu encéphaloïde. La tumeur une fois ouverte, l'écoulement de la matière éclaircit le diagnostic. Dans le cancer cette matière est ichoreuse, sanieuse, sanguinolente, fétide ; les bords de l'ouverture sont inégaux et déjetés en dehors. Dans l'engorgement scrophuleux, au contraire, le pus est séreux et contient de petits corps floconneux ; les bords de l'ouverture sont renversés en dedans et déprimés en forme de *cul de poule*. Les tubercules affectent le plus souvent les individus lymphatiques, mais généralement ils n'altèrent pas la santé d'une manière notable ; le cancer, au contraire, n'épargne aucun tempérament, et quand il existe, il mine et détériore l'économie entière.

D'ailleurs, lorsqu'on ne peut pas établir le diagnostic d'une manière positive, il vaut mieux attendre que de nouveaux accidents forcent à recourir à des moyens extrêmes. Ainsi, quand le traitement est continué pendant long-temps sans aucun succès; quand le testicule devient mollasse, pulpeux, qu'il contient beaucoup de foyers scrophuleux, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'amputation.

C. *Orchite.*

Un grand nombre de causes est susceptible de développer dans la

substance du testicule un état inflammatoire. Parmi ces causes, je signalerai les violences extérieures, la présence d'une sonde dans le canal de l'urètre, celle de la pierre dans la vessie, la suppression brusque d'une hémorrhagie par un traitement trop énergique, l'abus du coït ou la continence forcée, etc. Enfin, l'orchite succède souvent, d'une manière métastatique, à l'inflammation des glandes parotides, connues sous le nom d'oreillons.

Dans le cas d'inflammation aiguë le testicule est dur, engorgé, douloureux; le scrotum rouge, enflammé; la chaleur de la partie s'accroît; le pouls est fort et fréquent, la respiration accélérée; il y a de la soif, du dégoût pour les aliments; en un mot, à cet état se joignent tous les symptômes généraux d'une phlegmasie intense. Quelquefois le testicule enflammé est traversé de temps en temps par des douleurs comme lancinantes, qu'il faut bien se garder de confondre avec celles qui caractérisent la dégénérescence cancéreuse.

J'ai dit que l'orchite peut tenir à la suppression brusque d'une blennorrhagie; les premières douleurs se font le plus souvent sentir alors au périnée et au-dessous de l'anus. M. Gaussail assure que certains malades intelligents avaient senti la douleur partir profondément de la vessie, gagner le canal inguinal, et de là descendre dans les bourses. La tuméfaction commence par l'épididyme; dans ces cas la partie antérieure de la tumeur des bourses est molle et souple, mais à sa partie postérieure on sent un corps dur, inégal. Cependant il faut distinguer cette orchite blennorrhagique, qu'on appelle encore *chaude-pisse tombée dans les bourses*, du *testicule vénérien* proprement dit: celui-ci reconnaît constamment pour cause une affection syphilitique invétérée, et ne cède qu'au traitement spécifique. Les douleurs ont le caractère des douleurs syphilitiques; elles reparaissent pendant la nuit, pour disparaître le matin. La circonstance d'un écoulement de l'urètre; l'existence de bubons, de chancres, guéris par la cautérisation; le déplacement de l'inflammation d'un testicule à l'autre (qui ne peut arriver dans le cancer): tout cela éclaire le diagnostic. Si un examen plus sévère révèle d'autres symptômes, tels que les pustules, les exostoses, on peut assurer qu'il s'agit d'un engorgement vénérien;

dans les cas douteux, on essaie de découvrir empiriquement la vérité, en observant les effets d'un traitement anti-syphilitique.

Quand l'orchite passe à l'état chronique elle ne cause aucune douleur, elle n'incommode le malade que par son poids ; mais elle est fâcheuse par l'extrême lenteur de sa marche, par la difficulté de sa guérison et par les méprises qui conduisent à une dangereuse mutilation. Beaucoup de chirurgiens recommandables conseillent d'emporter le testicule, dans le cas où l'engorgement de cet organe ne cède à aucun des moyens qu'on a mis en usage ; mais si l'on observe que plusieurs individus portent pendant long-temps, pendant même toute leur vie, les testicules engorgés, sans en ressentir aucun accident, on se gardera bien de suivre ce conseil. Il est impossible de donner à cet égard des règles générales ; c'est à l'habileté et à l'expérience du chirurgien qu'il appartient de décider quand l'opération est nécessaire, et quand elle ne peut plus être retardée sans danger pour le malade.

D. *Spermatocèle.*

Les auteurs anciens font mention d'un gonflement des testicules produit par la trop grande accumulation de la liqueur séminale non excrétée, et auquel on a donné le nom de *spermatocèle.* Fabrice de Hilden, Valsalva, Morgagni, et parmi les modernes M. Larrey, en citent des exemples dans leurs ouvrages ; mais il me paraît douteux que le sperme puisse s'accumuler, dans les vaisseaux séminifères, en assez grande quantité pour produire la distension mécanique du testicule : il est plus probable qu'il ne s'agissait, dans toutes ces observations, que de l'orchite simple, dont j'ai parlé plus haut.

E. *Fongus du testicule.*

Quelquefois, à la suite de coups ou d'une autre violence extérieure, après une blennorrhagie chronique, etc., ou sans aucune cause appréciable, le testicule se gonfle et augmente considérablement de volume ; la tunique albuginée se rompt, ainsi que le scrotum, et l'on voit sortir à travers cette déchirure, une tumeur à surface inégale, charnue, spongieuse, rouge, indolente, d'une consistance variable, mais en

général assez faible pour se laisser déchirer avec le doigt, et qui fournit du sang de temps en temps : c'est cette affection qui a été appelée par les chirurgiens anglais, par Samuel Cooper et William Lawrence, entre autres, du nom de *fongus du testicule.* On a confondu souvent cette maladie avec le sarcocèle. Si la dégénérescence fongueuse affecte toute la glande, on n'a pas à se repentir d'une erreur de diagnostic ; la castration est l'unique moyen d'en débarrasser le malade. Mais si le fongus envahit seulement une partie du testicule, ou s'il prend naissance sur la partie albuginée, comme cela peut arriver, d'après les observations de Lawrence et de Dupuytren, alors il est possible d'enlever la tumeur avec le bistouri, les ciseaux ou la ligature, selon son mode d'adhérence, sans entamer un organe si précieux. Comme les cas spéciaux avec lesquels on a affaire dictent au chirurgien la conduite qu'il doit tenir, je m'abstiendrai de plus longs détails à ce sujet.

F. *Hydatides du testicule.*

La science possède quelques exemples d'hydatides trouvées dans la tunique vaginale, et même dans la substance propre du testicule. Morgagni, Dupuytren, M. Larrey en ont fourni des observations. La tumeur des bourses qui résulte de la présence d'hydatides est inégale, molle, peu élastique, transparente, et présente un mouvement contractile sur sa surface, qui est encore augmenté par l'application subite d'un corps froid ou d'une substance plus ou moins volatile et piquante. Si les hydatides remplissent seulement l'intérieur de la tunique vaginale, on peut les enlever par une incision extérieure sans toucher à la glande spermatique, comme l'a fait une fois M. Larrey ; mais si elles ont envahi le parenchyme du testicule, la castration est indiquée.

G. *Kystes du testicule.*

Des kystes de différente nature peuvent aussi se développer dans l'intérieur du testicule. Boyer décrit une maladie dans laquelle le testicule est transformé en une poche multiloculaire, qui contient de la sérosité, du pus, du sang et une sorte de mucus épais et gluant. Astley

Cooper donne quelques observations pareilles. Les éditeurs de la Médecine opératoire de Sabatier mentionnent aussi des kystes purulents du testicule. Pott parle aussi d'un amas de liquide sous la tunique albuginée. Le testicule augmente alors de volume et présente une fluctuation obscure. Il est peu important de le confondre avec le sarcocèle : le même traitement est applicable à ces deux affections.

J'en dirai autant de ces tumeurs encéphaloïdes, dans l'intérieur desquelles on a trouvé un noyau osseux, comme cela est arrivé au Prof. A. Dubois (qui a enlevé à un jeune homme deux testicules, dont l'un pesait 18 onces et l'autre 17); et des autres dégénérescences de cet organe, comme on peut en voir des exemples dans les observations de Walther, qui a trouvé sur un homme de 50 ans un testicule converti en une consistance pierreuse. Dans toutes ces circonstances, l'erreur de diagnostic n'est pas dangereuse, puisque la castration est le seul moyen de guérison.

On voit quelquefois dans le scrotum des tumeurs volumineuses qui proviennent, non pas de la distension de la substance propre du testicule, mais d'une sorte de congestion des sucs lymphatiques, albumineux et autres dans le tissu cellulaire des bourses et dans les tuniques qui enveloppent le testicule. On a observé que, dans ces cas, le testicule et le cordon spermatique n'avaient éprouvé aucune altération. Les archives de l'art contiennent plusieurs exemples de pareilles tumeurs. Dionis raconte l'observation d'un pauvre Malabou des Indes, qui en portait une semblable. Walther (1), Cheselden (2), Morgagni (3), Mehée de la Touche (4), Chopart, Imbert de Lonnes (5), M. Larrey (6),

(1) *Acta erudit., Lips.* 1725.
(2) Anatomie, 4e édit., tab. 26.
(3) *Epist. anat. med.*, 43, art. 42.
(4) Journ. de méd., tom. 10, pag. 349.
(5) Considérations sur le cautère actuel, pag. 360.
(6) Clin. chir., tom. 3, pag. 92.

le Prof. Roux (1), Delpech (2), Titley (3) en consignent des observations particulières dans leurs ouvrages. La tumeur de Morgagni était plus volumineuse que deux têtes d'homme réunies ensemble. La tumeur de Delpech descendait jusqu'aux genoux ; Delpech enleva cette tumeur, la sépara des parties génitales qui se trouvaient englobées dans son intérieur, et il rendit à son malade la virilité. Mais la tumeur la plus remarquable par son volume et son poids est celle observée par Chopart ; elle pendait entre les cuisses et les jambes jusqu'auprès des malléoles.

Je ne chercherai pas à donner leur diagnostic différentiel. Ces tumeurs, composées de tissus si multiples et si différents les uns des autres, présentent aussi dans leur diagnostic beaucoup d'irrégularités et de complications. Dans ces cas, où la science abandonne le chirurgien, c'est à sa sagacité seule qu'il devra s'en rapporter pour reconnaître l'urgence de l'ablation totale des parties, ou bien la possibilité de dépouiller de cette masse informe l'organe spermatique qui s'y trouve enfoui et qui le plus souvent y a conservé son organisation primitive.

FIN.

---

(1) Mélanges de chir. et de physiol., pag. 225.

(2) Chir. clin., tom. II.

(3) *Med.-chir. trans.*, pag. 73.

SERMENT.

En *présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

Matière des Examens.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène; Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne et externe, Accouchements.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, Prés.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD, *Suppléant.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISU NO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppléant.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS, *Examinateur.*
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN, *Examinateur.*
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.